



CHANGE
Site d'Epagny Metz-Tessy
Site de Saint-Julien-en-Genevois
Site de Seynod

ETIQUETTE

La **personne de confiance** est une personne que vous choisissez librement dans votre entourage. Dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée et qui exprimera votre volonté. L'avis recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Je soussigné (e) :

NOM, PRENOM :

Adresse :

Code postale : Ville :

DESIGNE COMME PERSONNE DE CONFIANCE :

Mme, Melle, Mr ou le Docteur

Adresse :

Code postale : Ville :

Tél :

Qui, en tant que **personne de confiance**, sera consulté(e) par l'équipe soignante au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne doit être prévenue et consentante d'avoir été désignée.

- Ce choix est fait uniquement pour cette hospitalisation.
- Ce choix est fait pour cette hospitalisation ainsi que pour les hospitalisations ultérieures.

NE SOUHAITE PAS DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Date :

SIGNATURE du patient :

SIGNATURE de la personne de confiance :

J'ai bien pris note :

- ✓ Que je peux mettre fin à cette désignation à tout moment
- ✓ Que la personne de confiance peut m'accompagner dans mes démarches administratives et assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions
- ✓ Que les informations que j'aurais indiquées comme étant confidentielles ne seront pas communiquées à la personne de confiance

LA PERSONNE HOSPITALISEE N'EST PAS EN CAPACITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Date :

Identité du soignant :

Rédaction des Directives Anticipées

Les directives anticipées vous permettent d'exprimer le type de soins que vous souhaiteriez recevoir dans le cas où vous ne seriez plus en mesure d'exprimer votre volonté.

Il s'agit d'un droit que vous avez et non d'une obligation.

Ce sont des instructions écrites à l'avance, par une personne majeure, qui permettent de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté, concernant la limitation ou l'arrêt de soins. Cependant, les directives anticipées ne peuvent pas exiger un traitement qui ne satisfait pas aux règles de l'art médical ou des exigences de la loi. Les directives anticipées sont valables 3 ans et révocables à tout moment.

Vous pouvez peut être prendre des décisions importantes, qui pourront être utiles un jour. Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres personnes les prennent à votre place, sans que vos volontés puissent être respectées, faute de les connaître.

Je soussigné(e) NOM, PRENOM :

Né(e) le/..... /..... à :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél :

Enonce ci-dessous mes Directives Anticipées, pour le cas où je serais dans l'incapacité d'exprimer ma volonté :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à Le/...../..... Signature

Si le texte a été dicté, merci d'indiquer les noms / prénoms / qualités des 2 témoins et leur signature

Les directives anticipées doivent être le plus proche possible de vos valeurs, croyances et convictions en lien avec les soins :

- ✓ vos attentes face à la douleur et ses traitements,
- ✓ vos choix face à certains traitements ou interventions chirurgicales,
- ✓ votre souhait ou refus de réanimation,
- ✓ votre position concernant l'alimentation et l'hydratation artificielle,
- ✓

QUEL QUE SOIT VOTRE QUESTIONNEMENT EN LIEN AVEC CES INFORMATIONS, N'HESITEZ PAS A EN PARLER AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT